RICHIESTA DI VISITA AGONISTICA

per il certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica

Spett.le (ambulatorio di medicina dello sport ASL / centro autorizzato)

Indirizzo / PEC

Oggetto: richiesta di visita medica per il rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica (D.M. 18 febbraio 1

Società / associazione sportiva (denominazione)

Codice fiscale / P. IVA

Sede (indirizzo completo)

Telefono

Email / PEC

Federazione o ente di promozione

N. di affiliazione

Sport / specialità

Il/La sottoscritto/a, presidente / legale rappresentante della società sopra indicata, ATTESTA che gli atleti elencati di seguito sono tesserati per la società e praticano lo sport indicato a livello agonistico secondo le norme della federazione o dell'ente di appartenenza, e CHIEDE che siano sottoposti alla visita di idoneità agonistica.

Cognome e nome	Nato/a il	Codice fiscale	Ultima visita

Il/La presidente (cognome e nome)

Luogo e data

Firma del presidente e timbro della società

Trattamento dei dati personali: i dati sono raccolti dal soggetto che riceve la dichiarazione e usati solo per il procedimento per cui viene presentata (Regolamento UE 2016/679).